【記入例】

卒業状況の確認同意書

ここの日付は記入不要

（当院記入）申請日：　　年　　月　　日

申請人（卒業者）	現在		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ミツイ　タロウ	
	氏名	三井　太郎　三井 印	性別（男）・女
	卒業時（婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）を記入		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏名	※1 同上　/	
	生年月日（西暦・和暦両方記入）	（西暦）2000 年 又は（和暦）昭和 平成 令和 12 年 12 月 12 日	
	卒業(予定)年月（西暦・和暦両方記入）	（西暦）2022 年 又は（和暦）昭和 平成 令和 4 年 3 月 ※2	
	職種（保有資格）	理学療法士 ※3	
	学校名 学部学科等	国際医療福祉大学 ※4 保健医療学部　理学療法学科	
	学校所在地	〒 324-8501 ※5 栃木県大田原市北金丸2600-1	

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。 2022年 〇 月 × 日 （必ず自署のこと）

本人署名：三井 太郎

教育機関様記入欄 （※当院職員は記入不要）

設問	ご回答
卒業して	ここは卒業校の事務方で記入いただく部分です
卒業年	回答欄、押印欄には記入不要です
学校名	実際、病院から送付するのは4月以降です
確認日	
教育機	印

この書式は、三井記念病院が卒業情報照会のために作成したもので、各教育機関への問い合わせに使用させていただきます。

卒業状況の確認同意書

ここの日付は記入不要

（当院記入）申請日：　　年　　月　　日

申請人（卒業者）	現在		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ミツイ　ハナコ	
	氏名	三井　花子　三井 印	性別（男）・女
	卒業時（婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）を記入		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	※1 ミタ　ハナコ	
	氏名	同上　/ 三田　花子	
	生年月日（西暦・和暦両方記入）	（西暦）1996 年 又は（和暦）昭和 平成 令和 8 年 8 月 8 日	
	卒業(予定)年月（西暦・和暦両方記入）	（西暦）2018 年 又は（和暦）昭和 平成 令和 30 年 3 月 ※2	
	職種（保有資格）	臨床検査技師 ※3	
	学校名 学部学科等	文京学院大学 ※4 保健医療技術学部　臨床検査学科	
	学校所在地	〒 113-8668 ※5 東京都文京区向丘1-19-1	

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。 2022年 〇 月 〇 日 （必ず自署のこと）

本人署名：三井 花子

教育機関様記入欄 （※当院職員は記入不要）

設問	ご回答
卒業して	ここは卒業校の事務方で記入いただく部分です
卒業年	回答欄、押印欄には記入不要です
学校名	実際、病院から送付するのは4月以降です
確認日	
教育機	印

この書式は、三井記念病院が卒業情報照会のために作成したもので、各教育機関への問い合わせに使用させていただきます。

■ **枠上にある日付欄は空欄のまま、上半分の太枠内を漏れのないようご記入・ご捺印ください。**

■ ※1 **卒業時の氏名と、現在の氏名が変わらなければ同上に〇を、婚姻等により改姓していれば卒業時の氏名を右側の空欄にご記入ください**

■ ※2 **新卒採用者も卒業年月をご記入ください**
実際に各校へ確認作業をするのは「卒業された後」ですので、”卒業予定”等の文言は不要です

■ ※3 **就任される職種に☑を記入ください**

■ ※4 **学校名、学部学科名は就任する職種の国家資格を取得するために通った教育機関名をご記入ください**
（毎年、学科名が抜けたり誤記入があり、卒業校に訂正していただいています…正確にご記入ください）
大学院は卒業確認の対象外のため、最終学歴が大学院の方はご注意ください
在学時と現在で学校名、学部学科名が異なる場合は「在学時」の名称を記入し、現在の名称が判れば（現：～）のようにご記入ください

■ ※5 **記入した学部学科のあるキャンパスの所在地をご記入ください**
年次や、教養科目と専門科目でキャンパスが異なるような場合は、最後の年次で専門的な科目を修了したキャンパスをご記入ください
例）1・2年次は〇×キャンパス、3・4年次は△▼キャンパス　→　△▼キャンパスの所在地を記入

（職員番号：　　）

卒業状況の確認同意書

（当院記入）申請日：　　年　　月　　日

申請人 （卒業者）	現在		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別 （ 男 ・ 女 ）
	氏名	㊞	
	卒業時（婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）を記入		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏名	同　上　　/	
	生年月日 （西暦・和暦両方記入）	（西暦）　　年　又は（和暦）昭和 平成　　年　　月　　日	
	卒業(予定)年月 （西暦・和暦両方記入）	（西暦）　　年　又は（和暦）昭和 平成 令和　　年　　月	
	職種（保有資格）		
	学校名 学部学科等		
	学校所在地	〒　　－	

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。　　年　　月　　日　　（必ず自署のこと）

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

教育機関様記入欄 （※当院職員は記入不要）	
設問	ご回答
卒業していますか？	卒業している　・　卒業していない
卒業年は正しいですか？	正しい　・　正しくない
学校名・学科名は正しいですか？	正しい　・　正しくない
確認日	年　月　日
教育機関様名/押印	印

この書式は、三井記念病院が卒業情報照会のために作成したもので、各教育機関への問い合わせに使用させていただきます。